Rok XXIX. Kraków, 17 Maja 1890. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O przeroście opon rdzenia.

Odczyt miany na zjeździe internistów we Wiedniu d. 17-go kwietnia 1890 r.

Przez

prof. Dra A. Adamkiewicza.

(Dok. Patrz Nr. 19).

Wreszcie można jeszcze było skonstatować wyraźny zanik jąder n. podjęzykowego i dużych komórek zwojowych rogów przednich w dolnym rdzeniu szyjnym i górnym rdzeniu piersiowym, również mierny zanik włókien nerwowych przedniéj komisury i przednich korzeni, jako też włókien nerwowych w bocznych sznurach tylnych rdzenia piersiowego i górnego rdzenia lędźwiowego.

Jeśli teraz w krótkości zbierzemy zmiany, jakie przedstawiał rdzeń chory, to widzimy w nim rzeczywiście następujący klasyczny szereg: Ucisk, zapalenie, rozmiękczenie, schorzenie systemów i bujanie neurooglii.

A teraz zachodzi pytanie, czy zmiany te i w naszym zypadku można odnieść do owego stosunku, jaki ma istnieć między niemi według dotychczasowéj nauki.

Według niéj ucisk błon zgrubiałych ma wywołać zapalenie rdzenia, które sprowadza rozmiękczenie, a rozmiękczenie ma wywołać przecięcie rdzenia, które znów sprowadza chorobę systemów jako zwyrodnienie następowe.

Nasz przypadek nie popiera tych przestarzałych dedukcyj w żadnym względzie. Dawna nauka, która przypuszczała, że ucisk rdzenia musi sprowadzić zamknięcie naczyń, a ztąd zaburzenia w krążeniu, zapalenie, nekrozę i rozpad uciśniętéj tkanki, polegała na założeniu, że tkanka nerwowa jest „nieściśliwą“, ponieważ zawiera znaczną ilość wody, a ta jest nieściśliwą. Już w dawniejszych pracach wykazałem błąd fizyczny tego przypuszczenia, gdyż doświadczalnie i klinicznie udowodniłem, że tkanka nerwowa w wysokim stopniu wytrzymuje ucisk, że się do niego akomoduje, że następuje „kondensacyja“ téj tkanki, ale nie zaburzenia w krążeniu.

Ta kondensacyja składników nerwowych nie wywołuje żadnych zaburzeń w czynności ugniecionych składników, jak to wykazują doświadczenie i obserwacyje kliniczne. I tak w naszym przypadku w miejscu tak znacznego ucisku nie widzimy nic więcéj, jak tylko kondensacyję, nic coby przemawiało za jakąś sprawą chorobową, ani zapalenia, ani rozmiękczenia, ani rozpadu. I dlatego funkcyja téj części uciśniętéj nie była upośledzoną. Albowiem sploty ramieniowe, które wyszły z miejsc uciśniętych, nie okazywały u naszego chorego żadnych zboczeń w czynności aż do końca życia.

Jak mało w ogóle „ucisk“ ma do czynienia z zapaleniem i rozmiękczeniem, dowodzi nasz przypadek tem wybitniéj, o ile zapalenie i największe ognisko rozmiękczenia znajdowały się właśnie w tych częściach rdzenia, gdzie nie mogło być mowy o ucisku zgrubiałych opon, — w dolnym rdzeniu piersiowym i górnym lędźwiowym.

Jeśli nam więc brakuje członków średnich w łańcuchu przyczyn, za pomocą których „ucisk“ w *pachymeningitis* w końcu wywołać ma zwyrodnienia wtórorzędne, to i przypuszczenie musi być błędnem, że te ostatnie mają w ucisku swą przyczynę.

Krótko mówiąc badanie nasze wykazuje, że ucisk, zapalenie, rozmiękczenie, rozpad i choroby systemów nie powstają w *pachymeningitis* po sobie, ale obok siebie i jest teraz naszem zadaniem wykazać źródła dla tych różnorodnych zmian *pachymeningitis.*

Dziś każdy na to się zgodzi, że zapalenie i rozmiękczenie muszą raczéj być przyrody infekcyjnéj, niż urazowéj. W *pachymeningitis* zaś nie trzeba daleko szukać jadu infekcyjnego, gdyż zawsze przyczyną jéj jest albo gruźlica, albo kiła. Gdziekolwiek zagnieżdżą się produkty infekcyi, tam łatwo przychodzi do zapalenia, a przy infekcyi gruźliczéj do rozmiękczenia i rozpadu.

Tak więc okazuje się, że nie ucisk, jak to twierdzi nauka dawna, wywołuje zapalenie, rozmiękczenie i rozpad w pachymeningitycznym rdzeniu, lecz ta sama infekcyja, która wywołuje samą *pachymeningitis.*

A ponieważ zależy jedynie od przypadku, w jakiem miejscu i w jakiéj rozciągłości zapalenie rdzenia i ogniska rozmiękczenia w chorym rdzeniu się tworzą, a jak np. w na-

szym przypadku, ognisko rozmiękczenia większéj rozległości w ogóle, zwłaszcza w miejscu ucisku zupełnie, przyczem jak w naszym przypadku istnieje zwyrodnienie dróg pyramidalnych; to z tego wszystkiego wynika, że i zwyrodnienie dróg pyramidalnych w rdzeniu zajętym przez *pachymeningitis* musi mieć swoje odrębne powody i nie może być zależnym ani od ucisku, ani od zapalenia, ani od rozmiękczenia rdzenia, jak to chce nauka dotychczasowa.

Co się tyczy przyrody właściwéj tego zwyrodnienia pyramid, to nasz przypadek daje na to jasną i ciekawą odpowiedź. Przedewszystkiem uczy, że nie mamy tu do czynienia ze zwyrodnieniem wtórorzędnem. Zwyrodnienia wtórorzędne przebiegają równocześnie w kierunku wstępującym w sznurach Golla i w kierunku zstępującym w drogach pyramidalnych przednich i bocznych, a nie zajmują komórek zwojowych w rogach przednich.

W naszym zaś przypadku wprost przeciwnie, sznury Golla były nienaruszone, a z dróg pyramidalnych tylko boczne były zajęte, a komórki zwojowe rogów przednich bardzo wyraźnie zanikłe.

To nie są zmiany zwyrodnienia następowego, lecz podstawy anatomiczne innéj ciężkiéj choroby rdzenia, choroby, która się objawia zanikami mięśni i albo rozpoczyna się objawami porażenia opuszkowego, albo temi objawami się kończy. Jest to t. zw. *Sclerosis laterrlis amyotrophica*. Że w naszym przypadku tylko o téj chorobie, a nie o zwyrodnieniu następowem może być mowa, świadczy jeszcze zajęcie, jakkolwiek nieznaczne, jąder nerwu podjęzykowego. Teraz pozostaje jeszcze wytłomaczyć, jak ta *sklerosis lateralis amyotrophica* w *pachymeningitis* się rozwija.

Łatwo znajdziemy odpowiedź na to pytanie, jeśli sobie przypomnimy, w jakim stosunku *pachymeningitis* pozostaje do naczyń rdzeniu.

Tkanka łączna bujająca z zgrubiałych opon wrasta, jak widzieliśmy na drodze naczyń do istoty rdzenia, sprawia stwardnienie tychże i ich obszarów odżywczych i w tychże ostatnich niszczy tkankę nerwową. W obszarze naczyń Vasocorona, które wszystkie przebiegają przez istotę białą, tkanka ta jest identyczną z tkanką nerwową istoty białéj. Obszarem zaś, który jest odżywiony przez *art. sulci*, jest istota szara, szczególnie rogów przednich i w niéj zawartych komdrek zwojowych.

Jak widzieliśmy i *art. sulci* była stwardniałą. Jak więc stwardnienie i tworzenie się zawałów w zakresie naczyń *Vasocoronae* niszczą włókna nerwowe istoty białéj, tak zawał *art. sulci* koniecznie zniszczyć musi komórki zwojowe rogów przednich. A ponieważ znowu te są troficznemi ośrodkami dla przednich korzeni nerwowych i nerwów dróg pyramidalnych, więc łatwo tłomaczą się wewnętrzne zmiany rdzenia szczególnie *Selerosis lateralis amyotrophica* chorobą *art. sulci*.

W ten sposób dochodzimy do następujących wniosków: Ucisk rdzenia przerosłemi i zgrubiałemi oponami nie jest podstawą ciężkich zmian rdzenia, lecz sprawą w zasadzie zupełnie dla rdzenia obojętną. Zapalenie i rozmiękczenie rdzenia nie pozostają z uciskiem w żadnym przyczynowym związku, lecz są tylko następstwem zakażenia, podobnie jak i *pachymeningitis* jest następstwem zakażenia.

Natomiast najważniejszemi zmianami, które *pachymeningitis* wprost wywołuje w rdzeniu są infarkty chroniczne naczyń, które na drodze naczyń *Vasocorona* niszczą istotę białą, a na drodze *art. sulci* istotę szarą z komórkami zwojowemi rogów przednich.

A teraz należy nam zastanowić się nad tem, w jakim stosunku stoją te zmiany rdzenia do objawów klinicznych, jakie wywołuje *pachymeningitis*. Przedewszystkiem zachodzi pytanie, czy jak Charcot sądzi, zwyrodnienie dróg pyramidalnych jest główną przyczyną objawów klinicznych, czy jak Leyden twierdzi, chroniczne zapalenie rdzenia, więc nasz infarkt. O ile nasz przypadek może tę sprawę rozstrzygnąć, to zwyrodnienie dróg pyramidalnych nie mogło mieć wielkiego wpływu na obraz choroby, gdyż nie mówiąc już o tem, że w ogóle obraz chorobowy nie wyglądał na *Sclerosis laieralis*, gdyż przykurczenia mięśni, zaniki, porażenia pęcherza i odbytnicy nie należą do objawów tejże, to zmiany w drogach pyramidalnych były w ogóle za małe, ażeby mogły wywołać takie zaburzenia, jakie nasz chory przedstawiał.

Ponieważ także małe ogniska *myelitis* i rozmiękczenia nie można uważać za przyczynę ciężkich porażeń u naszego chorego, więc wszystko przemawia za tem, że *myelitis chronica*, więc infarkt rdzenia, należy uważać za główną przyczynę objawów klinicznych *pachymeningitis*. A wniosek ten znajduje jeszcze potwierdzenie w dwóch właściwościach objawów klinicznych *pachymeningitis*, a mianowicie w tem, że obraz *pachymeningitis* nie jest stały, a powtóre, że *pachymeningiiis* ze szczególnem zamiłowaniem zajmuje różne grupy komórek zwojowych, szczególniéj rdzenia przedłużonego. Co się tyczy niestałości objawów, to ona znajduje swe wytłomaczenie w tem, że sieć naczyń rdzenia jest nadzwyczaj obfitą i że przyroda choroby jest infekcyjną. Usadowienie się zaś choroby zależy od przypadku, czy jad infekcyjny bliżéj, czy daléj naczyniami, które w rdzeniu tak obfite tworzą komunikacyje, zostaje rozniesionym. Co się tyczy drugiéj okoliczności, że w *pachymeningitis* zajęte są komórki zwojowe, to tłomaczy się ten objaw tem, że buja w *pachymeningitis* tkanka łączna około naczyń, a każda grupa komórek zwojowych posiada odrębne naczynie [1]).

A teraz przeciwstawmy te wyniki anatomiczne wynikom, jakie otrzymałem za pomocą barwienia safraniną przy badaniu najważniejszych „chorób degeneracyjnych“ [2]) rdzenia pacierzowego, to dojdziemy do ważnych wniosków. Wszystkie zwyrodnienia rdzenia rozpoczynają się w nerwach i albo występują pierwszorzędnie, jak w t. z. „stwardnieniu ogniskowem“, albo wtórorzędne, jak w t. zw. „chorobach systemów.“

Obie te formy wystąpić mogą także jako forma mięszana i do tych form mięszanych należy nie tylko *tabes* w wielu przypadkach, lecz jeszcze przedewszystkiem owa choroba, którą nazwano „zwyrodnieniem skombinowanem“ i które jest główną podstawą tak zw. *Ataxia hereditaria* czyli choroby Friedreicha.

Wszyscy uczeni, którzy mieli sposobność badać tę chorobę anatomicznie, znaleźli, że polega na zwyrodnieniach sznurów tylnych i bocznych. Zwyrodnienia sznurów tylnych okazały się we wszystkich przypadkach analogiczne ze zwyrodnieniami *tabes*. Zwyrodnienia zaś sznurów bocznych występowały w tak różnorodnéj formie, że prawie każdy autor inaczéj je tłumaczył. Ale te tłumaczenia, jak to wykazał Westphal, nie wytrzymują ściślejszéj krytyki. Westphal

[1]) Adamkiewicz. Tętnice rdzenia przedłużonego. Pamiętniki Akad. Umiej. Wied. 1890. — [2]) Adamkiewicz: *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes*, Stuttgart 1889. Enke.

wskazując, że w sznurach bocznych wyradza się tylko brzeg w większéj lub mniejszéj objętości, degeneracyję tę brzeżną uważał albo za pewną grupę włókien nerwowych, albo za pewne ułożenie tkanki łącznéj lub naczyń.

Do zbadania téj hypotezy służyło mi barwienie safraniną chorych rdzeni, a z drugiéj strony zbadanie przebiegu naczyń rdzenia. I jak histologiczne dokładniejsze zbadanie chorego brzegu rdzenia dostarczyło dowodu, że w takowym nerwy pierwszorzędnie ulegają chorobie i niszczeją, to z drugiéj strony znajomość przebiegu naczyń rdzenia wykazała, że nie istnieje żaden obszar odżywczy naczyniowy w brzegu rdzenia, i wogóle nie ma ten brzeg nic wspólnego z tkanką łączną lub naczyniami.

W odczycie, który miałem w przedostatnim VII Zjeździe dla medycyny wewnętrznéj o zwyrodnieniu skombinowanem zwróciłem na to uwagę, że według faktów przezemnie skonstatowanych co do przebiegu naczyń w rdzeniu należy rozróżnić dwie kategoryje obszarów naczyniowych w rdzeniu, jeden okrągły środkowy odpowiadający *art. sulci*, i obszary obwodowe kształtu mniéj lub więcéj klinów, które promienisto końcami zwrócone ku środkowi przebiegają przez istotę białą ku szaréj. Uważam za jeden z najważniejszych wyników téj pracy tę okoliczność, że wykazała rzeczywiste istnienie tych obszarów naczyniowych w postaci opisanych powyżéj infarktów.

II. Przyczynek do nauki o promienicy.

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj

podał

Dr. Roman Barącz,

operator we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

IV. Władysław B., 20 lat, czeladnik kominiarski ze Lwowa. Od dwóch tygodni z powodu obrzęku prawego policzka i bólu musiał zaniechać służby. Przed 7 miesiącami miał według podania czyrak na twarzy, który pękł i wnet zgoił się. W tydzień po zgojeniu się czyraka zaczął doznawać rwącego bólu w miejscu ostatnich zębów trzonowych dolnych prawych; wtedy nie mógł prawie zupełnie szczęki rozwierać i jeść stałych pokarmów. W dwa tygodnie potem miał mieć ropień na dziąsłach przed ostatniemi zębami trzonowemi dolnemi po stronie prawéj. Po przecięciu tegoż we wrześniu 1888 roku twarz obrzmiała, ból rwący wzmógł się i szczęk wcale otwierać nie mógł. Następnie za ostatnim zębem trzonowym utworzyć się miał ropień, który pękł po stosowaniu kataplazmów od zewnątrz. Potem czuł się zdrowym przez 2 miesiące: listopad i grudzień 1888. Po Bożem Narodzeniu tegoż roku twarz ponownie obrzmiała w tem samem miejscu (okolica ostatnich zębów trzonowych) i usta bardzo mało mógł otwierać; późniéj przez trzy tygodnie czuł się znów zdrowym. Z początkiem lutego 1889 r. zgłosił się do lecznicy powszechnéj bezpłatnéj z ropniem na błonie śluzowéj policzka w okolicy tylnych dolnych zębów trzonowych prawych; przytem miał nieznaczny szczękościsk. Przecięcie ropnia; ranka po płukaniu nadmanganezianem potasowym szybko zgoiła się; po zgojeniu ropnia czuł się zupełnie zdrowym i mógł szczękę lepiéj otwierać.

Dnia 5 marca 1889 r. zgłosił się ponownie do lecznicy z obrzękiem prawego policzka i nieznacznem utrudnieniem otwierania ust. Podejrzywano zrazu *parotitis epidemica*; stosowanie okładów z octanu glinowego. Przemijające polepszenie; poczem zaczął doznawać ponownie rwącego bólu w uchu i policzku prawym tak znacznego, że w nocy sypiać nie mógł. Badanie 21/3 uskutecznione wykazało: zęby trzonowe dolne i wszystkie zęby wogóle zdrowe; ząb ostatni trzonowy dolny prawy (mądrości) przebija się dopiero i tylko zgłębnikiem wymacać się daje; lewy do połowy wykluty, górnych zębów mądrości jeszcze niema. Na policzku mocno obrzmiałym chełbotanie na przestrzeni 4 centów w okolicy kąta szczęki dolnéj. Ropień ten 21/3 nacięto, wystrzykano 5% karbolem i wytamponowano gazą jodoformową.

Dnia 22/3 chory ma się znacznie lepiéj; bólów niema, nie gorączkuje. Badanie uskutecznione zgłębnikiem wykazuje obnażenie prawie całéj zewnętrznéj powierzchni i brzegu prawego wyrostka zębowego i stawowego szczęki dolnéj, zgłębnik wchodzi przytem 8 cm. głęboko poza wyrostek stawowy. Ropień wyciśnięto i wypróżniono; z treścią śluzową tegoż wydobyło się kilka grudek wielkości maku szaro-żółtych, podejrzanych. Wydzieliny ropnéj w opatrunku skąpa ilość; przestrzykanie rany i wytamponowanie jakp oprzednio.

Badanie drobnowidowe wypróżnionych grudek wykazało znaczną ilość grzybków promienicowych ułożonych w kępkach; również odosobnione grzybki i pałeczki.

Dnia 26/3 policzek bardziéj obrzmiały; koło 3 do 4 cm. ku przodowi i górze od miejsca cięcia skóra zaczerwieniona, a w głębi można wyczuć w tem miejscu chełbotanie. Opatrunek z octanu glinowego.

Dnia 28/3 powiększenie się obrzęku policzka: takowy sięga ku górze do łuku jarzmowego, ku przodowi prawie do skrzydła nosowego, ku tyłowi do tylnego brzegu ramienia wstępującego szczęki dolnéj, ku dołowi do połowy mięśnia mostko-obojczyko sutkowego. Górna połowa tego mięśnia deskowato twarda, naciekła, skóra szyi i policzka blada, tylko w miejscu nowego ropnia zaczerwieniona.

Dnia 30/3 obrzęk powiększył się ku tyłowi do tylnego brzegu wyrostka sutkowego; inne granice te same. Chełbotanie w głębi w miejscu cięć na znaczniejszéj przestrzeni [1]).

Operacyję doszczętną wykonano 31 marca 1889 roku w narkozie chloroformowéj: oba ogniska (na twarzy i szyi) nacięto długiemi cięciami pionowemi, wyłyżeczkowano dokładnie aż do części zdrowych, również wyłyżeczkowano obnażoną kość; rany wystrzykano karbolem i wytamponowano gazą jodoformową. Ropę, krew i granulacyje skrzętnie zebrano do badania drobnowidowego; badanie to stwierdziły kolonije grzybka promienicowego.

Zmiana opatrunku co 3—4 dni; zmniejszenie się obrzęku najpierw na szyi, a poźniéj na twarzy. Ponieważ chory od czasu operacyi kaszlał i stał się więcéj niedokrewnym, zbadano kilkakrotnie plwociny; wynik badania był ujemny [2]).

Przy zmianie opatrunku 11/5 rana dolna zabliźniona; w ranę górną daje się zgłębnik wprowadzić na ½ cm. w głąb; obnażenia kości zupełnie wyczuć nie można. Za tylnym górnym brzegiem blizny na szyi znajduje się ropień wielkości małego orzecha laskowego; sinawo zabarwiony, chełboczący. Ropień ten otwarto i za pociśnięciem wypłynęło kilka grudek wielkości małego maku cytrynowo żółto zabarwionych i nieco krwi. Wyłyżeczkowano ropień i wytamponowano. Badanie ziarn cytrynowo-zabarwionych wykazuje znowu grzybki promienicowe. Wygojenie po 2 opatrunkach. Badanie 25/3 1890: zupełnie zdrów.

V. Mojżesz R., z Chodorowa, poganiacz bydła, 13 lat. Choroba rozpoczęła się przed 7 tygodniami od bólu zęba trzonowego dolnego po stronie lewéj. Wkrótce potem powstać miał obrzęk wielkości grochu na szczęce dolnéj po stronie lewéj, wolno wzrastający. Chory bólu w obrzęku tym niedoznawał.

Badanie 13/5 1888 r. uskutecznione wykazywało: chłopiec niedokrewny, blady, miernie zbudowany, licho odżywiony; wargi i błona śluzowa ust blade. Na zewnętrznéj powierzchni szczęki dolnéj po stronie lewéj znajduje się płaski obrzęk sinawo-zabarwiony o powierzchni falistéj, przebiegający wzdłuż wyrostka zębowego około 7 cm. długi, a 3 do 4 cm. szeroki wyraźnie chełboczący. Brzegi obrzęku tego są deskowato twarde i przesunąć się na szczęce nie dają. Nieco ku przodowi od powyższego obrzęku znajduje się drugi podobny wielkości orzecha laskowego wyraźnie chełboczący. Wielce podejrzywając promienicę, naciąłem (górny) tylny

[1]) Tegoż dnia przedstawiono na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego i demonstrowano grzybki z niego pod drobnowidem. — [2]) Dnia 13/4 przedstawiono chorego na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego jako będącego na wyleczeniu.

obrzęk powierzchownie i wydusiłem nieco treści. Takową stanowiła brudno-czerwono zabarwiona ropa z przymieszką cytrynowych grudek wielkości ziarna maku i drobniejszych. Teraz prawie nie miałem wątpliwości, że mam do czynienia z promienicą. Zęby badane dokładnie okazały się zdrowemi z wyjątkiem spruchniałego drugiego lewego dolnego trzonowego. Chory dał się operować gdzieindziéj; ropień nacięto i wyłyżeczkowano; ząb chory usunięto, na zębie nie można było stwierdzić grzybków promienicowych. Dalszy los tego chorego jest mi nieznany.

VI. Estera W., lat 18, z Buczacza, zgłosiła się do mnie 8/6 1889 r. Przed 3 miesiącami miała silne bóle zęba trzonowego po stronie lewéj, poczem po wyjęciu tegoż zęba policzek lewy obrzmiał, późniéj sklęsł i znowu obrzmiewał. Przed 2 tygodniami policzek stwardniał, a przed 8 dniami utworzył się na policzku tym ropień wielkości grochu, wzrastający. Od 8 dni szczęk dobrze rozwierać nie może.

Badanie: dobrze zbudowana i odżywiona, wysokiego wzrostu, o cerze skóry zdrowéj. Policzek lewy w całości obrzmiały osobliwie na łuku jarzmowym. W środku pomiędzy kątem lewym ust, a uchem znajduje się obrzęk sinawo-czerwony o powierzchni falistéj wielkości orzecha laskowego chełboczący; otoczenie obrzęku tego jest również zaczerwienione na przestrzeni talara. Dokoła tego miejsca czerwonego wyczuć się daje wał deskowato twardy w średnicy 6 cm. wynoszący. Brak zęba trzonego 3-go lewego górnego; reszta zdrowa. Przy badaniu przez usta okazuje się, że obrzęk w policzku nie przechodzi na dziąsła; naciek tylko w częściach miękkich policzka.

Podejrzywając promienicę, pocisnąłem obrzęk, przyczem ze szczytu rozmiękczonego tegoż z ropą brudno-żółto zabarwioną wypłynęło mnóstwo grudek wielkości małego prosa; badanie drobnowidowe tych grudek wykazało mnóstwo kolonij grzybka promienicowego, również odosobnione pałeczki [1]).

Operacyja doszczętna dnia 9/6 1889 w narkozie chloroformowéj: nacięcie ropnia, wyłyżeczkowanie łyżką ostrą aż do oporu ze strony twardych ścian tegoż; usunięcie częściowe dostępnych ścian nożyczkami zakrzywionemi, wytamponowanie gazą jodoformową.

Dnia 26/6 1889 r. rana wygojona, brak jakiegokolwiek stwardnienia. Badanie 13/2 1890: zupełnie zdrowa.

VII. Dnia 27/6 1889 zgłosił się do lecznicy powszechnéj S. W., 13 lat, izraelita z Nawaryi, poganiacz bydła, podając, że od 6 miesięcy zauważył obrzęk w okolicy szczęki dolnéj po stronie prawéj. Z początku obrzęk rozciągał się na cały prawy policzek; następnie utworzył się mały bolesny guzek na szczęce, który pękł i zasklepił się; późniéj powstał obrzęk podobny w tem samem miejscu na nowo. Chłopiec ten według podania pasie krowy od 3 miesięcy; krowy mają być zdrowe.

Badanie wykazało: chłopiec anemiczny dość dobrze odżywiony. Szczęki rozwierać może dokładnie; ząb trzonowy 3-ci dolny po stronie prawéj uległ próchnieniu, pozostały tylko korzenie. W okolicy szczęki dolnéj po stronie prawéj w środku wyrostka zębowego znajduje się płaski podłużny obrzęk o powierzchni nierównéj, czerwono zabarwionéj, wyraźnie chełboczący. W sąsiedztwie tego obrzęku nie można wykazać żadnego stwardnienia; skóra dokoła obrzęku blada, miękka.

Podejrzywając promienicę skóry nacięto obrzęk, przyczem wypłynęło nieco rzadkiéj ropy śluzowéj wraz z grudkami zbitszemi, krągłemi, cytrynowo-zabarwionemi; takowe w półgodziny po wypróżnieniu poddane dokładnemu badaniu drobnowidowemu okazały się jako kolonie grzybka promienicowego; nadto zauważano pojedyncze grzybki, jak również liczne nitki drzewkowato rozgałęziające się i pałeczki. Badania zgłębnikiem chory nie zezwolił.

Dnia 25/7 1889 zgłosił się ponownie do lecznicy. Wejrzenie twarzy zdrowe, czerstwe. Na szczęce w miejscu dawnego ropnia znajduje się owrzodzenie płaskie zaledwie na przestrzeni centa, nieco owalne, pokryte granulacyjami blademi i ropą; brzegi wrzodu stanowi wybujała tkanka granulacyjna. Wrzód ten nie ma nic charakterystycznego. Zgłębnik wprowadzony w głąb wrzodu napotyka przetokę prowadzącą do okostnéj, obnażenia kości zauważyć nie można. Wrzód ten w narkozie chloroformowéj wycięto, okostnę wyłyżeczkowano, jamę przestrzykano przeciwgnilnie i wytamponowano. Wyleczenie po 5 opatrunkach. Badanie 12/2 1890: zupełnie zdrów. (Dok. nast.)

[1]) Chorą i preparaty drobnowidowe przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich dnia 8/6 1889.

III. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Przechodząc do wskazań dla laryngofisury podnieść na wstępie winienem, że bardzo ważną rolę odgrywa tu pytanie, czy chory znajduje się w takim stanie, że tracheotomija jest konieczną lub też, czy takowa poprzednio już wykonaną została. Każdy bowiem łatwo pojmie, że tam, gdzie już tracheotomiję wykonano, albo z powodu duszności chorego takową wykonać musimy, mniéj potrzebujemy ociągać się z wykonaniem laryngofisury niż tam, gdzie trachetomija nie jest konieczną. W pierwszym bowiem razie dodając do tracheotomii laryngofisurę, dodajemy mojem zdaniem do zabiegu większego zabieg mniejszy, czyli innemi słowy, powiększamy ten pierwszy o nie wiele. Podnieśliśmy już powyżéj, że trudności i niebezpieczeństwa przy laryngofisurze są jeszcze mniejsze, niż przy tracheotomii; dodanie więc pierwszéj do drugiéj nie zwiększa znacznie takowych. Tutaj dodamy jeszcze, że i blizna po laryngofisurze pozostała nie o wiele będzie większą od blizny pozostałéj po tracheotomii. Inna jest rzecz, jeżeli potrzeba tracheotomii nie zachodzi; tu trzeba dobrze rozważyć, czy należy chorego poddać laryngofisurze, która bądź co bądź jest przecież operacyją cięższą, niż endolaryngealne zabiegi i po któréj pozostaje na szyi blizna, co zwłaszcza u kobiet nie jest rzeczą obojętną. Wspomnieliśmy już powyżéj, że właśnie takie przypadki (bez duszności) stoją na granicy wskazań dla laryngofisury, którą w nich tylko wyjątkowo wykonywać potrzeba.

Co się dotyczy wskazań, przedewszystkiem wymienić musimy łagodne nowotwory w krtani. Takowe mogą dawać wskazania do laryngofisury, ale wyjątkowo tylko, z reguły bowiem endolaryngealnie usuwać je należy. To też laryngofisurę należy w nich wykonywać wtedy tylko, jeżeli endolaryngealne zabiegi nie prowadzą do celu. Taki przypadek zachodzi wtedy, jeżeli nowotwory łagodne (polipy) pomimo kilkakrotnych zabiegów endolaryngealnych szybko powracają; zdarzyć się to może mianowicie przy papilomatach (przypadek 3). Potrzeba również laryngofisury zajść może, jeżeli nowotwory te skutkiem swojéj wielkości i szerokiéj podstawy, lub głębokiego usadowienia, drogą endolaryngealną usunąć się nie dadzą. Łatwość, z jaką dziś przy pomocy kokainy endolaryngealnie operować możemy, ścieśnia ogromnie to pole wskazań tak, że w przypadkach tego rodzaju tam mógłbym tylko dopuścić laryngofisurę, gdzie z powodu wielkości nowotworu i niemożności usunięcia go od razu, obawa silnego zwężenia skutkiem endolaryngealnych zabiegów zachodzi. Miejsce to mieć może n. p. wtedy, jeżeli szeroko siedzące w krtani guzy galwanokauterem wypalamy; zazwyczaj jednak reakcyjnego obrzmienia po endolaryngalnym zabiegu tam tylko potrzebujemy się obawiać, gdzie już pierwotnie krtań przez nowotwór jest zwężoną, gdzie zatem małe reakcyjne obrzmie-

nie zwężenie znacznie spotęgować może. W takich więc przypadkach najlepiéj od razu przystąpić do tracheotomii, a po niéj wykonać laryngofisurę. Z własnéj praktyki wspomnieć tu muszę o przypadku, który ogłosiłem w *Przeglądzie Lekarskim* w 1883 roku („Nowotwór zatykający światło tchawicy-wypalony przez ranę tracheotomijną; wyzdrowienie“). W przypadku tym musiałem z powodu guza włókniakowego szeroko na tylnéj ścianie krtani siedzącego i zwężającego znacznie światło tejże, wykonać tracheotomię nadtarczykową. W obecnym czasie wykonałbym następnie laryngofisurę z wyłuszczeniem guza, a chora w kilka tygodni pozbyłaby się kaniuli. Wówczas jednak nie będąc tak jak dzisiaj z laryngofisurą obytym, przypalałem systematycznie nowotwór przez ranę tracheotomijną galwanokauterem tak, żem go wypalił doszczętnie. Zabiegi te lubo z początku dość łatwe, podlegały jednak znacznym trudnościom przy końcu kuracyi, gdy już tylko resztki nowotworu blisko saméj głośni pozostały, których wobec drażliwości choréj lękałem się od góry przez głośnię wypalać (kokaina do endolaryngealnych zabiegów nie była jeszcze w użyciu). Kuracyja ta, jakkolwiek uwieńczona dobrym skutkiem, trwała jednak przeszło trzy miesiące. Ze względu więc na długość trwania leczenia laryngofisurę za odpowiedniejszą w takich przypadkach uważam, zwłaszcza, że chora musiała i tak przebyć tracheotomię i tak pozostała jéj blizna na szyi.

Odmienny przypadek miałem w końcu 1884 r. Tutaj obok blizn po wygojonych wrzodach kiłowych spotkałem tak na tylnéj ścianie krtani, jako też w okolicy głośni wtłaczające się w jéj światło wyniosłości, na nieregularnym przeroście błony śluzowéj polegające. Wyniosłości te zwężały światło krtani dość znacznie, nie tak jednak, ażeby tracheotomii wymagały. U chorego rozpocząłem systematyczne wycinanie wspomnianych wyniosłości za pomocą gilotyny, a późniéj wypalanie bardziéj płaskich galwanokauterem. Z razu używałem nieraz z powodu drażliwości chorego do operacyi wstrzykiwań morfiny, późniéj t. j. w listopadzie 1884 zacząłem używać kokainy, przeważnie za pomocą miąższowych wstrzykiwań, które wreszcie dla samego chorego mniéj były przykre od pędzlowania. Przez kilkomiesięczne leczenie w ten sposób doprowadziłem krtań do normalnéj szerokości i chory odzyskał głos, jakkolwiek niezupełnie prawidłowy. W przypadku tym byłoby poniekąd rzeczą wolnego wyboru, czy wykonać laryngofisurę, czy ograniczyć się do endolaryngealnych zabiegów. W pierwszym razie chory pozbyłby się tego cierpienia prędzéj, jakkolwiek przez operacyję cięższą, pozostawiającą bliznę na szyi; w drugim razie leczenie trwać musiało dłużéj, zabiegi jednak operacyjne były o wiele lżejsze i nie pozostawiły żadnych znaków po sobie.

Przypadki, w których obfite papilomata w głośni lub zaraz pod nią sprawiają zwężenie, nie wymagają zwykle tracheotomii, łatwo bowiem przy pierwszym zabiegu endolaryngealnym usunąć ich tyle, aby dla powietrza dostateczną przestrzeń pozostawiały; nowotwory te bowiem są miękkie, a tem samem łatwo wyjmować się dają. Wyjątkowo może i tu zajść potrzeba tracheotomii, po któréj byłoby już rzeczą wolnego wyboru, czy wykonać laryngofisurę, czy też usuwać je drogą endolaryngealną, a w danym razie przez ranę tracheotomijną. Jeden przypadek tego rodzaju przypominam sobie, gdzie z powodu obfitości papilomatów w głośni i pod głośnią, które znaczne zwężenie sprawiały, nie spodziewałem się wyjąć ich tyle, by oddech stał się wolniejszym, wykonałem więc tracheotomię, po któréj w kilku posiedzeniach endolaryngealnie polipy usunąłem, a następnie wyjąłem kaniulę (a było to w czasach przedkokainowych). Wreszcie operuję przy papilomatach nawet wobec duszności, jeśli takowa zbyt wysokiego stopnia nie dosięga, zawsze endolaryngealnie, jakkolwiek raz mi się wydarzyło, że po nieudanym takim zabiegu endolaryngealnym (w czasach przedkokainowych u siedmioletniego dziecka) tracheotomię z takim pośpiechem wykonać musiałem, iż mając w drugim pokoju wszystko do niéj przygotowane, mimo to wykonałem takową jednem cięciem za pomocą scyzoryka. Papilomata zatem z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków, gdzie dla nich tracheotomija jest konieczną wymagać mogą laryngofisury wtedy tylko, jeżeli po endolaryngealnych zabiegach uporczywie i szybko powracają. Wskazanie do laryngofisury dać mogą wyjątkowo nowotwory łagodne z powodu swego usadowienia. Do takich należy nasz przypadek 6. Tutaj mały polip w przestrzeni międzynalewkowéj ściągnął do siebie struny głosowe tak, że chory znacznéj doświadczał duszności. Zabiegi endolaryngealne mogłyby być niebezpieczne, nie można było bowiem rachować na usunięcie polipa i na zniesienie ściągnięcia więzadeł; a gdyby się próba w tym kierunku okazała bezskuteczną, wtedy duszność chorego przy reakcyi choćby małéj zwiększyć się mogła; lepiéj więc było naprzód wykonać tracheotomię, wykonawszy zaś takową lepiéj było wykonać laryngofisurę, niż próbować niepewnych endolaryngealnych zabiegów. Zbyt nisko usadowione nowotwory nie wymagają jeszcze z powodu swego usadowienia laryngofisury. Jeżeli dosięgnąć ich nie można drogą endolaryngealną, to dostępnemi one będą przez ranę tracheotomijną. Przedewszystkiem dotyczy to nowotworów w okolicy chrząstki obrączkowéj, równie jak i w saméj tchawicy się znajdujących, które przez ranę tracheotomijną wygodnie operować można. Również dobrze dają się w ten sposób i polipy pomiędzy głośnią a raną tracheotomijną będące usuwać. Przy tych ostatnich łatwo jednakże wskazanie do laryngofisury zajść może, jeżeli albo ich obfitość, albo ich natura czynią doszczętne ich usunięcie przez ranę tracheotomijną mniéj prawdopodobne. W naszym przypadku 4 proponowałem prof. Mikuliczowi laryngofisurę nie tyle z powodu nowotworu na tylnéj ścianie tchawicy, który przez ranę tracheotomijną mógł być usuniętym, ile z powodu obfitych polipów pomiędzy głośnią a raną tracheotomijną, których doszczętne usunięcie tak na drodze endolaryngealnéj, jak i przez otwór tchawicy było bardzo niepewnem tak z powodu ich obfitości, jak i ich natury (na wyjętych bowiem poprzednio endolaryngealnie polipach budowę mięsaka drobnokomórkowego pod mikroskopem znaleziono).

O ile więc w ogóle metody operowania endolaryngealnego ścieśniają w nowotworach łagodnych pole wskazań dla laryngofisury, o tyle na odwrót pole to zwiększa się w miarę trudności, na jakie endolaryngealne zabiegi natrafiają i tak: szerszem ono było w czasach przedkokainowych niż dzisiaj; nieliczne bowiem przypadki, w których dawniéj z powodu wielkiéj drażliwości chorego nie można było wykonać operacyi endolaryngealnéj, można dzisiaj przy kokainie z łatwością operować. Wyjątek stanowią jedynie dzieci, u których wykonanie operacyi endolaryngealnéj napotyka na znacznie większe trudności, a często może być i niemożebnem. Tutaj wskazanie dla laryngofisury daleko łatwiéj zajść może. Należy ją tu nieraz wykonać z powodu papilomatów, choćby nie sprawiających znacznéj duszności, które u dorosłego tylko endolaryngealnych zabiegów by wymagały. Swoją drogą nie byłbym za tem, aby u dzieci wykonywać laryngofisurę z powodu małego polipa, który jedynie na upośledzenie głosu

wpływa. Tutaj bez szkody lat kilka poczekać można, aby potem, gdy dziecko będzie starsze, polipa endolaryngealnie usunąć. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Smirnow (Petersburg): **O wykazaniu mikrobów chorobotwórczych w błonie maziowej stawów w rozmaitych chorobach zakaźnych.**

Na zasadzie szeregu badań drobnowidowych cieczy maziowej ze stawu kolanowego i barkowego czyni S. następujące wnioski: W przebiegu pewnych chorób zakaźnych wnikają odpowiednie chorobotwórcze mikroby często do jamy stawowej i można je wtedy znaleźć w cieczy maziowej. Według badań S., odnoszących się do 51 przypadków, można stwierdzić tę okoliczność w róży, zapaleniu płuc, flegmonie, suchotach, durze, błonicy i tryprze. Stan ten przedstawia przerzutowy sposób rozszerzenia się jadu chorobotwórczego. Jeżeli w niektórych przypadkach wynik jest ujemny a nawet przy oględzinach pośmiertnych nie znajduje się mikrobów w cieczy maziowej, to ma to tylko wtedy miejsce, jeżeli śmierć bardzo szybko po metastazie następuje, nim mikroby mogły jeszcze rozwinąć miejscową chorobę. W innych przypadkach sprowadza wtargnięcie miejscowe zmiany zapalne, stojące w bezpośrednim przyczynowym związku z chorobotwórczemi mikrobami chorób zakaźnych. Jeżeli maź okazuje oprócz tych jeszcze inne mikroby, np. oprócz koka rzeżączki, róży lub zapalenia płuc jeszcze stafilo- lub streptokoki, to przypuścić musimy ich obecność jako następstwo wtórorzędnego zakażenia. Przenoszenie chorobotwórczych mikrobów z pierwotnego ogniska do stawów odbywa się na drodze naczyń krwionośnych i chłonnych. Rozmaita częstość śródstawowych przerzutów w różnych chorobach zakaźnych ma prawdopodobnie swą przyczynę głównie w wielkości i postaci odnośnych drobnoustrojów. Małe, okrągłe, lub jajowate mikroby (pneumo-, gonokoki) mogą daleko łatwiej wtargnąć do stawów, niż mikroby w postaci prątków, choćby nawet były tak drobne, jak prątki gruźlicze, podczas gdy większe mikroby (prątek wąglika, spirochety gorączki powrotnéj) wcale do stawów wniknąć nie mogą. Co do zapalenia płuc włóknikowego, otrzymał S. na 21 badanych przypadków w 15 wynik dodatni. W 5-ciu z 9-ciu niepowikłanych przypadków znalazł w stawach diplo i streptokoki. W jednym przypadku, wikłającym się z durem, znalazł w stawie barkowym także prątki durowe; w innym powikłanym z zgorzelą płuc, także *Staphylococcus albus*, 3 razy prątki gnilne, raz nadto strepto- i stafilokoki a 3 razy diplokoki. Podobnie w przypadkach róży i błonicy znalazł odpowiednie mikroby w cieczy maziowéj stawów. *(W. med Bl.* 1889, Nr. 42).

Patologija.

Prof. Orth: **Badania doświadczalne nad zapaleniem otrzewny.**

Aby rozstrzygnąć niezgodne twierdzenia Grawitza i Pawłowskiego o następstwach wstrzykiwania koków ropnych do jamy brzusznéj zdrowych zwierząt, dokonał uczeń prof. O., Waterhouse, badań, które wypadły na korzyść Grawitza, gdyż koki ropne można było wstrzyknąć do jamy brzusznéj królików, kotów, świnek morskich i szczurów, nie sprowadzając najmniejszego zboczenia. Czynnikiem tłómaczącym ten ujemny wynik doświadczeń, jest energiczna, wsysająca czynność otrzewny, gdyż po wstrzyknięciu koków, które nie tak prędko uległy wessaniu, ginęły zwierzęta wskutek zapalenia otrzewny. W tych dodatnich wynikach nie odgrywają koniecznie ważnéj roli chemiczne istoty, znachodzące się w pożywkach. Że jednak te chemiczne ciała mogą sprzyjać działaniu drobnoustrojów, zatem przemawia skuteczność kisnącego moczu, wypociny zapalnéj z jamy brzusznéj, z ropni i t. d. W każdym razie mogą ciała chemiczne tylko przez to działać, że zmniejszają odporność otrzewny a przedewszystkiem jéj przybłonka. W téj sile odporności leży drugi czynnik, który obok wsysającéj czynności otrzewny posiada znaczenie dla powstawania zapaleń mykotycznych. Dla stwierdzenia tego wywoływano przed wstrzyknięciem koków zmiany na ograniczonem miejscu otrzewny (wycięcie, posmarowanie terpentyną) a następowe śmiertelne zapalenie otrzewny brało wyraźnie początek z miejsca uszkodzonego. Głównie przeprowadzano doświadczenia w ten sposób, że wywoływano zmiany chorobowe jelit takie, jakie zdarzają się u człowieka na przepuklinach uwięźniętych. Wyniki: podwiązywanie przez $3^1/_2$—5 godzin z następowem wstrzyknięciem trzech gramów cieczy zawierającéj stafilokoki do jamy brzusznéj sprowadzało śmiertelne zapalenie otrzewnéj po 4—5 dniach. Nie jest jednak koniecznem, aby drobnoustroje bezpośrednio do jamy brzusznéj się dostały, gdyż stwierdzono zadziwiającą okoliczność, że ich działanie wychodzące z krwi, jest jeszcze szybszem. Wynika więc, że wobec miejscowego usposobienia w następstwie czasowego podwiązania pętli jelitowéj, nietylko koki ropne, bezpośrednio wprowadzone do jamy brzusznéj lub krwi, lecz także takie, które znajdowały się w odległych miejscach w częściach miękkich, zap. otrzewny wywołać mogą *(Wien. med Bl.* 1889, Nr. 43).

Dr. Baschkopf.

Choroby kobiece.

Glaeveke: **Zmiany u kobiet po kastracyi.**

Na podstawie 38 kastracyj, 6 obustronnych wycięć jajników i 14 wycięć macicy dokonanych w ginekologicznéj klinice w Kielu podaje G. następujące spostrzeżenia: W 88% przypadków kastracyj ustawała miesiączka albo natychmiast po operacyi, albo późniéj. W 12% pozostawała takowe, ale były rzadkie i ilość krwi była znacznie mniejszą, co należy przypisać zdaniem autora téj okoliczności, że jakkolwiek pobudką wywołującą miesiączkę są zawsze jajniki, to w rzadkich przypadkach może takową sprowadzać albo podług Hegara istnienie trzeciego jajnika, albo niezupełne wycięcie tkanki jajnikowéj, albo też obrzęki i wypociny pozostające na miejscu wyciętych jajników, które drażniąc nerwy wywołują w drodze odruchu krwotoki z macicy. Mogą się także zdarzyć mięśniaki lub też inne chorobowe zmiany błony śluzowéj macicy, które również wywołują krwawe upławy, błędnie uważane za miesiączkową wydzielinę.

W $^1/_2$% wszystkich przypadków pojawiały się objawy zwiastujące miesiączkę w tym okresie, kiedy takowa zwykle występowała, co autor tłumaczy zwiększonym przypływem krwi do macicy wskutek pośrednictwa ośrodków nerwowych.

Pozostałe części rodne (macica, pochwa) ulegają po operacyi zanikowi — odżywianie polepsza się, popęd płciowy zmniejsza się lub ustaje. Umysłowy stan chorych był przygnębiony, w wielu przypadkach przyszło do zadumy, a w trzech do wyraźnych zboczeń umysłowych. W ten sposób taki sztucznie wywołany stan klimakteryczny jest identyczny z naturalnym.

W przypadkach wycięcia macicy ustawała zawsze miesiączka, a występowały tylko objawy zwiastujące miesiączkę, w czem autor upatruje działalność jajników wywołujących w zwykłych okresach przypływ krwi do narządów w miednicy. Wycięcie macicy nie zmieniało fizyjologicznych czynności jajników. Na odżywianie i popęd płciowy pozostawało wycięcie macicy prawie bez wpływu; stan moralny cechuje skłonność do hipochondryi, która nie rzadko doprowadza do zboczeń umysłowych. *(Archiv für Gynaekologie* t. XXXV). *A. W.*

Okulistyka.

Widmark: **O wpływie światła na przodkowe części oka i na skórę.**

Autor starał się zbadać przyrodę podniety, którą światło słoneczne i łukowe światło elektryczne na przodkowe części oka i na skórę wywiera. Łukowe światło elektryczne o sile 1200 świec normalnych wywoływało, tak samo jak światło słoneczne, w oku królika zadrażnienie, mające uderzające podobieństwo do tak zwanéj ślepoty śnieżnéj i zapalenia elektrycznego u człowieka, a mianowicie nastrzykanie i obrzmienie spojówki gałkowéj, zwężenie źrenicy, zmianę barwy tęczówki, zaćmienie i złuszczenie przybłonka rogówki tudzież mierną wydzielinę spojówkową. Objawy te ustępowały po 2 do 4 dniach. Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy objawy te były skutkiem bezpośredniego zadrażnienia przodko-

wych części oka, czy skutkiem zwrotnego zadrażnienia od siatkówki olśnionéj, umieszczał W. przed okiem zasłonkę z otworkiem, mającym 2 mm średnicy. Przez otworek ten padało światło na siatkówkę, podczas gdy zasłonka chroniła resztę oka zupełnie od światła. W 6 doświadczeniach tego rodzaju światło nie wywarło żadnego wpływu na przodkowe części oka, natomiast wystąpiły przytoczone objawy zadrażnienia w 6 doświadczeniach, w których chroniono źrenicę i siatkówkę od światła, działającego na resztę oka. Zadrażnienie jest więc skutkiem bezpośredniego działania światła, a nie skutkiem zwotnego zadrażnienia od siatkówki. Szkło i kryształ górny przepuszczają prawie jednakowo promienie poza-czerwone i świetlne, ale różnią się w tem, że szkło pochłania promienie poza fijołkowe, a kryształ górny je przepuszcza. Te własności spożytkował autor celem zbadania, który rodzaj promieni jest najskuteczniejszy. Otóż pokazało się, że światło przepuszczone przez szkło, a więc ubogie w promienie fijołkowe, nie wywoływało prawie żadnego działania, podczas gdy światło przepuszczone przez kryształ górny, a więc obfitujące w promienie fijołkowe, drażniło silnie przodkowe części oka. Podobny wynik dały badania skóry. Promienie poza-fijołkowe wywoływały cierpienie tego samego rodzaju jak wyprysk, będący skutkiem światła słonecznego i elektrycznego, a mianowicie rumień, utrzymujący się kilka dni, poczem następowało łuszczenie. Doświadczenia te uczą więc, że promienie poza fijołkowe mają własność, niezawiśle od działania ciepła, wywoływania spraw chorobowych na powierzchni ciała, wystawionéj na dostatecznie silne działanie.

Rydel.

Choroby skórne i weneryczne.

Turnbull: **Choroby kiłowe narządu słuchowego.**

T. czyni uwagę, że zbyt mało bada się w tych chorobach współudział części nerwowych słuchu. Rozpoznaje się głuchotę na tle kiłowem z innych spostrzegalnych objawów cierpienia swoistego, z obrzmienia, zwężenia bliznowatego lub całkowitego zamknięcia trąbek Eustachiusza, z zmniejszonéj zdolności przewodnictwa kości czaszkowych. Z naciskiem podnosi T., że u dzieci i młodych osób, które bardzo szybko słuch tracą, nie okazując objawów zapalenia ucha środkowego, a za to równoczesne choroby nosa lub oka, mamy prawie zawsze do czynienia z kiłą błędnika. Omawiając anatomiję patologiczną, opisuje spostrzeżenia sekcyjne, w których znalazł ankylozę kosteczek słuchowych, drobnokomórkowy naciek błędnika błoniastego, powiększenie płynu błędnika wobec zupełnie prawidłowego stanu ucha środkowego i pnia nerwu słuchowego. W końcu omawia patologiję wszystkich chorób ucha, które mogą powstać w następstwie kiły: zapalenie ucha środkowego surowicze i ropne, wrzody i kłykciny sączące w przewodzie słuchowym, zwyrodnienie nerwu słuchowego obwodowe i dośrodkowe. (*Archiv f. Derm. und Syph*, 1889, zeszyt 1). *Dr. Baschkopf.*

Toksykologija.

Dr. Garofolo (Grac): **Amauroza po chininie.**

Nagłą utratę wzroku po znacznych dawkach chininy opisał pierwszy w r. 1857 Graefe. Po 3 miesiącach zupełnéj ślepoty wzrok wracał do dawnego normalnego stanu. Od tego czasu ogłoszonych jest już 25 przypadków (Wecker, Roosa, Grüning, Horusz). W przypadku Michela ślepota trwała przeszło 8 miesięcy. Obraz wziernikowy wykazywał znaczną niedokrewność siatkówki i nerwu wzrokowego. W przypadkach Graefego siatkówka była niezmieniona.

G. opisuje przypadek badany w klinice prof. Schnabla w Gracu. Mężczyzna 60 letni przez omyłkę zażył 15 gram. chininy. Objawy zatrucia wystąpiły w 2 godziny po zażyciu, a całkowita utrata wzroku przyłączyła się do nich. W 17 godzin po zatruciu przyniesiono chorego do kliniki. Szpary powiekowe były silnie rozwarte tak, iż część twardówki na 3 mm. szerokości od góry i dołu była odsłoniętą. Źrenice rozszerzone (prawa 6 m., lewa *ad maximum)* nie oddziaływały na światło. Całkowita amauroza z zwidywaniami. Obraz wziernikowy jeszcze normalny, przytomność utrzymana. W 2 dniu po przyjęciu można było wziernikiem wykazać bladość tarczy wzrokowéj i znaczne zwężenie naczyń siatkówki. Chory skarżył się na całkowite zamglenie pola widzenia, które chwilami tylko ustępowało. W 6 tym dniu obraz wziernikowy był następujący: Żyłki prawéj siatkowki napełnione jądrami rozpadowemi, między któremi jeszcze punkciki dają się spostrzegać. Lekki ucisk na gałkę oka wystarczał, aby z tętniczek krew całkiem chwilowo usunąć, z czego o zmniejszonym ucisku śródnaczyniowym wnosić można było. Na lewéj siatkówce obraz ten pojawił się dopiero kilka dni później. Rozpad ciałek krwi w żyłach siatkówki opisał pierwszy Jäger, uważając go za skutek zwolnionego krążenia. Ten sam obraz widziano także po zatorach mózgowych, Schnabel zaś uciskiem na rogówkę wywoływał go sztucznie. Po 4-miesięcznym pobycie chory opuścił klinikę wyzdrowiony, ale naczyńka siatkówki w przeciągu tego czasu już nie wróciły do dawnéj swéj prawidłowéj szerokości. (*Wien. med. Bl.* 1890, Nr. 15).

Dr. Mendelsburg.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1890.

Obecnych członków 30. Przewodniczący: kol. Bylicki.

1) Kol. Seifmann okazał przyrząd do badania połyku i krtani u zwierząt, z zastósowaniem oświetlenia elektrycznego, zmodyfikowany przez Schindelkę. W przyrządzie tym woda zimna, przepływająca dla ochronienia od oparzenia, zastąpiona jest zimnem powietrzem i brak mu zagięcia pod rozwartym kątem, które posiada przyrząd Leitera i Mikulicza do badania ludzi.

Kol. Mahl podnosi, że dotychczas zastósowanie oświetlenia elektrycznego do badań jeszcze zaliczyć należy do zabawek lekarskich, ze względu na brak korzyści wynikających z takowego. — Kol. Gluziński widziałby korzyści możebne w zastósowaniu do badania jamy Highmora.

2) Kol. Bar ącz przedstawił nowy przypadek promienicy w okolicy krtani u kobiety i udowodnił istnienie takowéj preparatami mikroskopowemi.

3) Kol. Wehr wypowiedział dalszy ciąg wykładu swego o promienicy i zakończył część pierwszą „o chorobie téj u zwierząt“.

4) Kol. Schramm opisał przypadek operacyi kamienia pęcherza operowany przez niego sposobem Rydygiera. Przeciwko zarzutom już skądinąd czynionym téj metodzie podnosi prelegent, że wobec znacznie zmniejszonéj już obawy otworzenia jamy otrzewny, wobec większego pola operacyjnego i usunięcia tą metodą niebezpieczeństwa zakażenia moczowego tkanki łącznéj, którego zawsze obawiać się należy przy wysokiem cięciu zaotrzewnowem, metoda ta może mieć niezaprzeczone korzyści. Przeciwwskazaną byłaby ona tylko w przypadkach, gdy mamy do czynienia z cuchnącym rozłożonym moczem, gdyż wówczas desinfekcyja pęcherza, jaka jest konieczną ze względu na otrzewnę, byłaby niemożebną.

Kol. Wehr: Dittel sądzi, że Rydygier nie na seryjo podał swą metodę. W takim razie uważać go należy za starego chirurga, który w postęp nauki i nowe metody wżyć się nie może.

Dr. Jendl.

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

IX. Ozon i elektryczność.

Spostrzeżenia ozonometryczne były w Zakopanem czynione i wykazują, że ilość takowego jest tamże znaczniejszą, niż w nizinach. Spostrzeżenia te atoli są luźne i nie wszystkie dokładne, wpływ zaś ozonu na ustrój na bardzo wątłych dotąd oparty podstawach — dlatego podawać szczegółowego wyniku nie będę. Nad elektrycznością umiejętne badania w Zakopanem dotąd robione nie były; wnioskować tylko należy wobec wyniku dawniejszych badań de Saussurea i Brescheta, które stwierdzają, że napięcie elektryczne atmosfery jest większe w górach i że w ogóle wzmaga się z wyniesieniem miejsca ponad poziom morza, że i Zakopane odznacza się mocniejszem napięciem elektrycznem. Nadzwyczaj nagłe powstawanie burz w Tatrach i po-

wtarzanie się takowych nieraz w krótkich odstępach czasu zdaje się za prawdopodobieństwem wniosku przemawiać.

X. Stan zdrowotny mieszkańców Zakopanego i okolicy.

W braku dokładnych dat o chorobliwości cenne tu będą daty o śmiertelności mieszkańców z poszczególnych chorób zestawione z datami śmiertelności okolic niezbyt odległych, w nizinie położonych.

Następujące zestawienie podaje w odsetkach ilość przypadków śmierci zaszłych skutkiem niektórych ważniejszych rodzajów chorób w gminach parafii Poronińskiej [1]), najbliższych i sąsiadujących z Zakopanem, tudzież celem porównania analogiczne cyfry z powiatu krakowskiego (bez miasta Krakowa). Zauważyć tu muszę, że powiat krakowski należy do rzędu „najzdrowszych“ w Galicyi. Cyfry odnoszące się do parafii Poronińskiéj są obrachowane przeciętnie z 6-iu lat od 1884—1889; cyfry zaś z powiatu krakowskiego pochodzą z r. 1889, który do bardzo korzystnych pod względem zdrowotnym się zalicza.

I tak na 100 przypadków śmierci nastąpiło:

	w gminach parafii Poronińskiéj:	w powiecie krakowskim:
a) skutkiem ostrych [2]) osutek zakaźnych	4·8	7·3
b) skutkiem duru [3])	1·2	2·5
c) „ czerwonki	0·4	3·1
d) „ chorób zapalnych narządu oddychania	4·8	12·7
e) skutkiem **gruźlicy**	**2·8**	**15·1** (w mieście Krakowie) 20·9
f) „ nagłych przypadków chorobowych	3·2	1·2
g) skutkiem nowotworów złośliwych	0·4	0·26
skutkiem uwiądu starczego	10·5	7·2

Śmiertelność roczna w parafii Poronińskiéj wynosiła w latach 1884—89 przeciętnie 24·1‰ (wliczając dzieci nieżywo urodzone); w samem Zakopanem 24·3‰ (wliczając także przypadki śmierci między gośćmi); w powiecie krakowskim wynosiła w r. 1889, 31·5‰, w mieście Krakowie wynosiła przeciętnie w latach od 1886—89, 31·6‰.

Cyfry powyższe są dosyć wymowne i czynią wszelki komentarz zbytecznym. Pozwalam sobie zwrócić uwagę na kolosalną różnicę śmiertelności z gruźlicy; jest ona w gminach parafii Poronińskiéj przeszło 5 razy mniejszą niż w powiecie krakowskim, a 7 razy mniejszą niż w mieście Krakowie Śmiertelność z chorób zakaźnych jest więcéj niż o 50% mniejszą, niż w powiecie krakowskim — odwrotnie nagłe przypadki chorobowe (udar mózgowy, zator mózgowy itd.), złośliwe nowotwory (przedewszystkiem rak) i uwiąd starczy wywoływały w parafii Poronińskiéj znacznie większą ilość przypadków śmierci.

Ludność Zakopanego i gmin sąsiednich, mimo trudnych warunków życia i mimo zakorzenionego niestety w części mieszkańców nałogu hołdowania zbytniego napojom wyskokowym (część ludności wprawdzie wstrzymuje się w zupełności od używania alkoholu) cieszy się dobrym stanem zdrowia, zachowuje czerstwość i zdolność do pracy do bardzo późnego wieku, odznacza się żywością ruchów i przeciętną wyższą intelligencyją od mieszkańców nizin. Nie rzadko spotykamy tu ludzi przy ciężkiéj pracy rześko wyglądających, którym nie przypisałbyś więcéj niż 50—55 lat życia, gdy w rzeczywistości ze zdumieniem dowiadujemy się, że przekroczyli 70 lat. Zbytniéj otyłości klimat wcale nie sprzyja; widzimy wyłącznie postacie muszkularne, o rysach wydatnych, z ubogą podściółką tłuszczową. Ludność siwieje, łysieje i starzeje się później i częściej niż w nizinach dochodzi wysokiego wieku. Naprzykład w przeciągu 40 lat ostatnich (w 1849—89) dosięgło w Zakopanem (obecnie 2700 mieszkańców) przeszło 80 lat 73 osób, przeszło 90 lat 37 osób, przeszło 95 lat 7 osób, przeszło 100 lat 4 osoby, przeszło 110 lat 1 osoba; w sąsiedniem Kościelisku (700 mieszkańców, zatem 4 razy mniéj niż w Zakopanem) dożyło w tymże samym okresie czasu przeszło 80 lat 7 osób, przeszło 90 lat 15 osób, przeszło 95 lat 2 osoby, przeszło 100 lat 3 osoby, przeszło 105 lat 1 osoba.

Ani Zakopane, ani gminy sąsiednie nie są oczywiście bezwzględnie wolne od chorób zakaźnych, atoli epidemije we właściwem słowa znaczeniu należą do wielkiéj rzadkości: w ciągu ostatnich 40 lat oprócz cholery w r. 848, 854 i 873 (która prawie podwoiła przeciętną roczną śmiertelność), panowała epidemicznie tylko w r. 1855 czerwonka, skutkiem któréj 12 osób zmarło Sporadyczne przypadki tyfusu brzusznego trafiały się, lubo bardzo rzadko — miejscowéj epidemii w ostatnich latach o ile mi wiadomo nie sprawdzono. Z ostrych osutek zakaźnych statystyka sanitarna wykazuje najczęściéj ospę, (takowa we wszystkich okolicach bez względu na stosunki telluryczne i meteorologiczne zarówno się jawi), w bardzo nielicznych przypadkach odrę; płonica do wielkich rzadkości należy, natomiast jawiły się sporadyczne przypadki dyfteryi.

Odnośnie do chorób zakaźnych należy nazwać zdrowotność Zakopanego i okolicy świetną. Rozumie się samo przez się, że ostatecznie wszelka choroba zakaźna może być równie do Zakopanego jak gdzie indziéj, nawet do dolin znacznie wyżéj: na 1800—2000 m. wyniesionych przewleczoną, nawet strumyki górskie i źródła mogą być chwilowo zakażone importowanym zarazkiem chorobowym, lecz z wielką trudnością mogłaby wszelka choroba zakaźna znaleźć tu grunt odpowiedni do swego rozwoju i do spotęgowania się w formę znaczniejszéj epidemii. Bezwzględnéj wolności (*immunitas*) od gruźlicy i innych chorób zakaźnych nawet najwyższe osady górskie Europy nie posiadają a szukanie takowéj w górach szląskich, jak to czyni zasłużony i znakomity terapeuta gruźlicy p. Brehmer [1]), jest zupełnie bezowocne, zresztą do celów klimato terapeutycznych wcale potrzebną nie jest.

Powyżéj podanych stosunków zdrowotnych miejscowéj ludności Zakopanego i okolicy nie można bezwzględnie stosować do gości chwilowo tam przebywających; wchodzą tu w grę dawniejsze odmienne przyzwyczajenia, odmienne żywienie się, odmienne zatrudnienie, zmiana klimatu i inne czynniki. W części jednak wpływ klimatu i stosunków miejscowych tak korzystny dla ludności miejscowéj odzwierciedlić się musi także w stanie zdrowotnym ogólnym przybyszów i uwydatnić w przebiegu chronicznych chorób, jakieby okazywali.

XI. Jaszczurówka.

W odległości 3-ch kilometrów od środka Zakopanego, w dolinie Olczyska, 901 m, ponad poziomem morza, wytryska z pomiędzy wapiennych skał obfite źródło wody o stałéj ciepłocie = + 20·4°C Źródło to ujęte zostało staraniem właściciela p. Uznańskiego i użyte do wypełnienia dwu pięknie drzewem oszalowanych basenów, tudzież poszczególnych kabin łaziebnych. Obfitość wody jest tak wielką, że obszerne baseny wypróżnione w przeciągu kilkunastu minut w zupełności się wypełniają.

Łazienki te urządzone są z potrzebną wygodą, opodal łazienek stoi nowo wybudowany hotel, obszerny, wygodnie urządzony, czyniący zadość wszelkim wymaganiom, a nadający się bardzo do stałego zamieszkania osób, dla których używanie kąpieli w Jaszczurówce jest wskazane. Podnieść należy, iż właściciel nie szczędzi kosztów i sposobem, rzec można, poniekąd prześcigającym konieczne wymogi czasu, niestrudzenie działa celem podniesienia i uwygodnienia miejscowości téj, któréj przyszłość i dalszy rozwój jest zapewniony.

Zdroje w Jaszczurówce nader ubogie w składniki stałe, kryształowo czyste, należą do rzędu cieplic obojętnych (*acratothermae*), czyli do „cieplic alpejskich“ o miernéj ciepłocie. Zbyteczna dowodzić, jak korzystne zastosowanie lecznicze może mieć cieplica w klimacie alpejskim: łączy się tu działanie uspokajające na układ nerwowy i krążenia, działanie pobudzające wydzielanie z ustroju z wpływem miernie podniecającym klimatu górskiego. Specyjalne wskazania leczni-

[1]) Bardzo starannie zebrane cyfry dotyczące śmiertelności udzielił piszącemu urząd parafijalny w Poroninie. — [2]) Ospa, odra-płonica. — [3]) Dur plamisty i dur brzuszny razem wzięte.

[1]) *Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht* v. H. Brehmer, Wiesbaden 1889.

cze z łatwością wysnuje każdy lekarz po ocenieniu miejscowych warunków. Udecydowana uchwałą Sejmu krajowego budowa gościńca z Zakopanego przez Jaszczurówkę do Węgier niebawem ułatwi jeszcze więcéj korzystanie z Jaszczurówki gościom i pacyjentom Zakopańskim.

Powyżéj podane uwagi, poparte datami meteorologicznemi, dotyczącemi poszczególnych czynników klimat stanowiących stwierdzają, że Zakopane odznacza się: 1) ciśnieniem powietrza o $^1/_{10}$ mniejszem niż w nizinach; 2) średnią roczną ciepłotą w cieniu 2·5°C. niższą niż w Krakowie, o wahaniach mniejszych, zatem nieco jednostajniejszą; 3) znacznie większem nasileniem promieniowania słonecznego (większą insolacyją); 4) mierną, lecz niższą niż w nizinach względną wilgotnością powietrza, zatem silniejszą ewaporacyją; 5) nieco korzystniejszym stanem zachmurzenia, 6) obfitszym opadem meteorycznym; 7) chemiczną i bakteryjologiczną czystością powietrza; 8) korzystnym stanem i kierunkiem wiatru, nareszcie 9) znaczniejszem napięciem elektrycznem atmosfery i większą zawartością ozonu. Innemi słowy, Zakopane jest miejscem klimatycznem alpejskiem o średniem wyniesieniu ponad poziom morza; jest tedy uzdrowiskiem alpejskiem *par excellence.*

Uzdrowisko to zachowuje swe cenne cechy klimatyczne przez cały rok, tak w lecie, jak w zimie. Rzut oka na tablicę II-gą, objaśniającą bieg średniéj ciepłoty miesięcznéj, wykazuje n. p., iż średnia ciepłota miesięczna Zakopanego w miesiącach lutym, marcu, kwietniu, wrześniu, październiku i listopadzie jest wyższą od ciepłoty Poronina o 100 metr. i więcéj niżéj położonego, w miesiącach styczniu i grudniu prawie jest równą ciepłocie Poronińskiéj, nadto w kilku, zwłaszcza zimowych miesiącach *maxima* ciepłoty w Zakopanem są wyższe niż w Poroninie — czyli, że Zakopane odznacza się w zimie średnią wyższą ciepłotą od Poronina.

Wzmaganie się cieploty ze wzmagającem się wyniesieniem ponad poziom morza w zimie było wielokrotnie ścisłemi doświadczeniami w Alpach stwierdzonem, zwłaszcza w ostatnich latach, kiedy wycieczki zimowe na szczyty Alpejskie do rzadkości nie należą [1]). Średnia ciepłota zimowa wyższych części dolin Alpejskich jest wyższą niż najniższych ich stoków.

Dr. Julijusz Hann, dyrektor centralnego zakładu meteorologicznego w Wiedniu [2]) podaje ciekawe w tym względzie daty: i tak n. p. we wschodnich Alpach (Pinzgau i Pongau) średnia ciepłota wynosiła:

	w Zell am See	w Hofgastein	w Badgastein
	670 m.	860 m.	980 m.
w styczniu	—5·3°C.	—5·1°C.	—4·6°C.
w lutym	—4·5°C.	—4·3°C.	—3·8°C.

Jeszcze piękniéj objaśniają zimowe podnoszenie się ciepłoty wzmagające się z wyniesieniem cyfry powzięte ze spostrzeżeń czynionych w kotlinie Celowca i dolinie Drawy w Karyntyi. Wedle tych spostrzeżeń wynosi średnia ciepłota:

	Celowiec	Villach	Sachsenburg	Obervellach	Sagritz	Heiligenblut
Wzniesienie ponad p. morza	440 m.	500 m.	550 m.	670 m.	1140 m.	1404 m.
Zima w ogóle	—4·6°C.	—4·4°C.	—3·8°C.	—3·6°C.	—3·6°C.	—3·9°C.
Styczeń	—6·2°C.	—6·1°C.	—5·6°C	—5·2°C.	—4·6°C.	—4·8°C.
Lipiec	+18·9°C	+18·0°C.	+17·9°C.	+17·1°C.	+15·5°C.	+14·0°C.
Różnica stycznia od lipca	25·1	24·1	23·5	22·3	20·1	18·8

Otóż jeszcze Heiligenblut wyniesione na 1404 m. ma zimę łagodniejszą, niż miasto Celowiec; odwrotnie średnia ciepłota lipca a zarazem różnica ciepłoty letniej od zimowej zmniejsza się ze wzmagającą się wysokością miejsca. Stąd też zdanie często powtarzane przez mieszkańców Karyntyi: *„Steigt man im Winter um einen Stock, so wird es wärmer um einen Rock“* znachodziłoby tu umiejętne ugruntowanie.

W miejscowościach położonych wyżej 1300—1500 m. średnia ciepłota zimowa poczyna się znów obniżać. Zjawisko powyższe tłumaczy się promieniowaniem: najniższe warstwy powietrza oziębionego bardzo silnem odpromieniowaniem w przestrzeń na stokach gór, jako gatunkowo cięższe spływają wzdłuż doliny na dół ku stopom doliny i zatrzymują się w najniższej kotlinie, gdzie w braku silniejszego wiatru dłużej w spoczynku pozostają; wyższe części dolin otrzymują w zamian powietrze mniéj oziębione wyższych warstw, które nadto skutkiem wywołanéj opadaniem kompressyi jeszcze więcéj się ogrzewa.

Temu to zjawisku zawdzięcza Zakopane zimę łagodniejszą i jednostajniejszą niż niższy Poronin, a może i znacznie niżej położone miejscowości podhala. Przedsiębranie ścisłych równoczesnych spostrzeżeń na podhalu w tej mierze byłoby ze względów klimatologicznych bardzo pożądanem. Ilość opadu atmosferycznego jest w Zakopanem, jak wykazuje tablica ta, podczas miesięcy zimowych mniejszą, niż w lecie. Stan zachmurzenia, ilość dni pogodnych, względna wilgotność powietrza są mniej lub więcéj równe, tak w lecie jak w zimie. Co do wiatrów również wybitnéj różnicy nie ma. Naturalnie gdyby możebnem było jasne, niezachmurzone niebo Riviery przenieść ponad nasze Tatry, zima w ustroniach Tatrzańskich byłaby pod każdym względem idealną, mimo atoli kontynentalnego charakteru Zakopanego, który jest również piętnem miejsc klimatycznych alpejskich, mimo znacznie pokaźniejszéj ilości dni pochmurnych, zimę w Zakopanem należy uznać za bardzo piękną i względnie łagodną. Przez całą zimę ziemia pokryta jest jednostajną, prawie nigdy nie topniejącą warstwą śniegu, który pod koniec zimy twardnieje lodowaciejąc: wśród dni pogodnych dzięki potężnéj insolacyi i ciszy można dłuższe odbywać przechadzki i korzystać z właściwego Zakopanemu powietrza. Sceneryja pełnéj zimy w Zakopanem może jest poniekąd piękniejszą, niż w lecie; oświetlenie gór wybitniejsze, dozwalające uchwycić oku drobne szczegóły, szczyty gór i ich stoki, hale, polany, pola i łąki w zupełności śniegiem pokryte lśnią w barwach widma słonecznego i odbijają od ciemnéj, prawie czarnéj barwy stromych skał grzebieni i spadzistych turni od śniegu wolnych i od wieczystéj ciemnéj zieleni niższych wysokopiennych iglastych lasów — kraina kosodrzewu jest w zupełności śniegiem pokryta. Doliny wyższe Tatr są podczas zim, niezbyt w śnieg ubogich, w zupełności śniegiem zasypane i zupełnie niedostępne. Jedne tylko wody, milcząc w zimie, zamarznięte i śniegiem zawalone, przypominają sen w naturze. Poniżéj w dolinie Nowotarskiéj widoczne czasem mgły zasłaniają widok na miejscowości u stóp naszych, gdy atmosfera w samem Zakopanem jest zwykle jasna i od mgieł wolna. Najniefortunniejszym czasem w Zakopanem jest wczesna jesień i późna wiosna, gdy śniegi stopnieją i ziemia zrzuca szatę zimową; w połowie maja już Zakopane wraz z krainą górską zalesioną jest zupełnie wolna od śniegu i obraz zupełnéj wiosny przedstawia.

O ile mogłem, o ile mi pewne daty były dostępne, starałem się bezstronnie nakreślić klimat Zakopanego. Oczywiście więcejby mnie zadowoliło, gdybym mógł był przytoczyć cyfry z długiego szeregu lat spostrzeżeń meteorologicznych bez przerwy i ściśle czynionych, dozwalających na więcéj umiejętne spożytkowanie. Lecz daty szczupłe, które podałem, winny dać chociaż w przybliżeniu niekłamany obraz klimatu i jego właściwości. Prosząc tedy o pobłażanie brakom, zamierzam obecnie podać ogólne wskazania lecznicze i przeciwwskazania w zastosowaniu klimatu Zakopanego w zboczeniach chorobowych ustroju. Zdanie moje będzie poniekąd teoretyczne, tylko na krytycznem ocenieniu klimatu oparte, szczegółowsze wskazania podać będą mogli przedewszystkiem lekarze stale w Zakopanem działający. Zresztą każdy lekarz oceniwszy sam warunki klimatyczne, wyrobi sobie własne w téj mierze zapatrywanie, a cieszyć się będę, jeżeli mógłbym się przyczynić do nacechowania tego lub owego szczegółu w klimatologii Zakopanego, któryby należycie

---

[1]) A. v. Kerner. *Die Entstehung relativ hoher Lufttemperaturen in der Mittelhöhe der Thalbecken der Alpen im Spätherbst und Winter. Sitzungsberichte der Wiener Academie* 1885. — [2]) Dr. J. Hann, *Zeitschrift des deutschen und österr. Alpenvereines.* Band 17, 1885.

oceniony, w granicach naukowéj bezstronności, skutecznie zdołał ułatwić rywalizacyę tego ojczystego uzdrowiska z odpowiedniemi miejscowościami zagranicy. (C. d. n.)

Uwagi nad endemiją ospy w Warszawie.

Podał
Dr. Tymoteusz Stępniewski,
dyrektor Instytutu hodowli limf i szczepienia ospy w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Za materyjał szczepialny służyły nam znane przetwory krowiankowe 2-ch form: limfa płynna i tak zwany u nas, detryt krowiankowy. Limfa płynna t. j. glicerynowana, jest u nas szczepianką takąż, jaka się wyrabia w środkowéj Europie pod tą nazwą i jaka, ze względu na koszt wyrobu i zawieralników, jest stosunkowo droższą; w każdym razie tańszą jest u nas niż w Austryi. Jestto materyjał słusznie używany do szczepień dzieci i do szczepień rewakcynacyjnych osób stanów: średniego i wyższego, jako wychowywanych mniéj naturalnie a więc mogących oddziaływać w sposób nieprzewidziany na czynniki obce dobréj i rzetelnie czystéj limfy; czynniki takie w postaci przymieszek bezwarunkowo wprowadzane są do preparatu zwanego pastą lub emulsyją.

W skład limfy absolutnie czystéj i glicerynowéj wchodzą w charakterze elementów, działających w niéj przeciwospowo, a właściwie wprowadzających w organizm zarazek ospy ochronnéj, dwa, wyraźnie dwa, tylko mikroorganizmy: jeden z gronkowców złocistych lub żółtych Rosenbacha (*staphylococcus pyogenes aureus vel citreus)* i drugi mikroorganizm, tak dalece zbliżony formą mikroskopową i zachowaniem się na odżywkach do gronkowca Passetowskiego białego *(staphylococcus pyogenes albus)*, że dotąd za takiego powszechnie był brany. W limfie czystéj i działającéj prawidłowo zawsze znajduje się gronkowiec ten drugi, to jest biały, stowarzyszony ze złocistym albo żółtym. Wziątka limfy żółtawo przeźroczystéj, przeniesiona (przy zachowaniu ostrożności bezwzględnéj antiseptyki), na nadające się najlepiéj do podobnych celów odżywki, to jest na żelatynę lub agar agar, daje w temperaturze hodowlanéj termostatowéj (agar) już na 2-gi dzień mozaikę ukropkowaną kolonijami mikroorganizmów tylko takich t. j. żółtych i białych; setki razy powtarzane przenoszenia żółtych kolonij oddzielnie, a białych oddzielnie na grunta takież w epruwetkach dla otrzymania izolowanych kolonij, dawały nowe kolonije żółte, prawidłowe i w rozwoju i przechodzące okresy typowe, gdy białe mijają się z typem Passetowskim. To mijanie się z typem uwyraźnia się szczególniéj i jaskrawo przy hodowli na żelatynie, zatem przy hodowli w temperaturze od 14—20, reprezentując rozwój na tym substracie powolniejszy i mniejszą właściwość rozrzedzania żelatyny od koka Passetowskiego. Liczebny stosunek mikrokoków żółtych do białych zmienia się w miarę postępu hodowli; z początku przeważają białe, a późniéj żółte. Z uwagi na nierozwiązaną dotąd ważność tych wahań a niewątpliwie znaczącą w bio-chemizmie limfy krowiankowéj nie należy zbyt pospiesznie czynić wniosków aprioryistycznych; należy raczéj badać i obserwować, należy szczepić hodowlami odosobnionemi oddzielnie, a oddzielnie symbiozą hodowli; może być, po porównawczych studyjach, przeprowadzający je upoważnieni będą do wypowiedzenia zdania stanowczego, twierdzącego. Studyja takie, przy współdziałaniu sił, jakie daje miasto uniwersyteckie, przeprowadzamy i rezultat ogłosimy; nadmieniamy jednak, że w razie wykrycia w limfie innego nad wymienione dwa składniki bakteryjologiczne, limfę tę uważamy za podejrzaną; nie szczepimy jéj ludziom, lecz probujemy na zwierzętach, a próby te dotąd prawie zawsze dawały powikłanie reakcyjne zagmatwane, a niekiedy jak n. p. znalazłszy koka, układającego się pod mikroskopem w formę paciorkowatą (*streptococcus*) wywołaliśmy na królikach próbnie szczepionych flegmonę roziana. Te dane zwracają naszą uwagę na ważność bakteryjologicznych badań limf ospowych i dają otuchę, że zdanie to moje poprą i inni.

Detryt, emulsio, pasta. Niema przepisu, a tem mniéj ogólnie przyjętéj recepty na robienie formy szczepiankowéj, zwanéj emulsyją lub pastą. Panuje pod tym względem dowolność, wskutek czego różni hodowcy różny stosunek przypraw dodają do zdjętéj zeskrobaniem *en masse* krosty ospowéj, ażeby z niéj urobić postać preparatu odpowiedniego do przechowania i nie tracącego siły w warunkach tego zakonserwowania. I my na danem polu różnimy się w szczegółach od innych. Krytyczne rozpatrzenie się jednak w metodach, stosowanych lub polecanych przez prowadzących hodowle limf w Europie środkowej, z uwzględnieniem techniki praktykującej się w cielętnikach rosyjskich (Petersburg, Moskwa, Kazań), skłoniło nas do zaznaczenia w pamięci i uwadze metod niemieckich, względnie berlińskich. Ścisły system i czystość roboty tam zapanowała w zakładzie państwowym, prowadzonym przedtem przez Kocha, a obecnie przez Schultza. Zakład ten jest zamkniętym i nie sprzedaje limf, jako wyrabianych tylko dla Brandenburgii i armii. Uważałem za właściwe przyswoić eksploatacyi limf w moim zakladzie wiele metod tamże stosowanych.

Co do porównawczéj wartości w praktyce limfy i pasty, to zapisać wypada, że krosta ospowa, uwolniona na korzyść szczepianki płynnéj od znacznéj części tak zwanéj limfy, któréj jedna kropla (1/20 ctm. sześć.) zawierać może milijony gronkowców właściwych, pozostaje jeszcze pomimo tego zasobną w wielokrotnie liczniejsze milijony, które stanowią część zasadniczą, t. j. głównie działającą w materyjale szczepiennym; razem z elementami morfologicznemi krosty ospowéj i skóry, z dodaną wodą i gliceryną lub inną przymieszką i t. d., preparat z nich urobiony stanowi emulsyję lub pastę. Wartość téj i takiéj pasty lub emulsyi, u nas detrytu, o tyle jest wyższa, o ile bogatszym jest w niéj zasób mikroorganizmów dwóch zasadniczych, wyrażonych powyżéj, o ile innych niema i o ile zetknięte z ustrojem szczepionym części morfologiczne krosty i skóry zachowują się obojętnie i o ile nakoniec, podczas saméj roboty preparatu, uniknąć się dało zanieczyszczeń. Ponieważ tedy preparat ów urabia się z przymieszkami postronnemi, dodawanemi głównie w celu wstrzymania rozkładu części morfologicznych, nie wpływających ujemnie jako takie na organizm w stanie świeżym, zatem najważniejszą rzeczą jest unikanie właśnie tych zanieczyszczeń, czasem, jak wiadomo, choroba wywołujących. Osiągnąć to można prędkością roboty i wykonywaniem jéj w atmosferze jak najczyściejszéj; zyskujemy ją z pomocą znanéj w pracowniach bakteryjologicznych kamery Büchnera; w rozcieraniu zeskrobki krowiankowéj największą pomoc niesie maszynka czterowalcowa Döringa (Berlin). Maszynka do tegoż celu służąca Chalibӧusa (Drezno) jest również dobrą, lecz jeszcze nie tak wypróbowaną, jak Döringa, który ostatecznie ulepszył ją, a któréj prędkość i dokładność działania miałem sposobność ocenić w Berlinie, skąd ją też i przyswoiłem. Woda, tylko destylowana, a niesterylizowana, dodawana jako środek rozcieńczający środek, nie przedstawia dostatecznéj czystości; wiadomo bowiem, że mikroorganizmy wodne do swego życia potrzebują bardzo mało organicznych elementów, zatem najmniejsza liczba ich zarodników zabłąkanych lub przechowanych pomimo przekraplania wody, może się w niéj rozwijać. Zatem do przetworów krowiankowych należy za każdym razem sterylizować wodę pomimo przekroplania. Z wody bowiem najwięcéj mikroorganizmów rozszczepkowych wejść może do preparatu, lubo mało pleśni i grzybków; tych znowu powietrze dostarcza. Robota w kamerze Büchnera zabezpiecza od tych pleśni i grzybków, w rzędzie których, bez téj kamery, jeżeli ustrzeżemy się od *aspergillus* lub *mucor*, to nigdy od gatunku *penicillum*. Bezpośrednio nie są one niebezpiecznemi dla organizmu, jako nie rozwijające się w wyższych ciepłotach hodowlanych (30—40°), ale pośrednio, przy zetknięciu z powietrzem szczepianki w niższéj hodowlanéj ciepłocie mogą pleśnie ułatwiać jéj rozkład. Zresztą wiadomo, że mikroorganizmy, blizko ognisk wytwarzania unoszą się w powietrzu, a inne znajdowano w wodzie; sam obserwowałem przypadek tyfusu u dwojga dzieci, zaszczepionych przez inokulatora (felczera) w pomieszkaniu, gdzie jeden z członków rodziny na tyfus był chorym. Co do wody, to możliwość znajdowania się w niéj mikroorganizmów

chorobotwórczych jest d wiedzioną od czasu wykazania faktu, że w rzekach Indyi choleryczne mikroby się znajdują.

Szczepienia rewakcynacyjne w zakładzie i przez lekarzy zakładu na mieście dopełnianemi były limfą krowiankową; powtórzenia szczepień po pierwszym razie ujemnych pastą (*detrytem*). Porządek taki zachowanym był dlatego, że podług obliczeń drogą metod znanych w bakteryjologii w 1—1·5 centigrama limfy, dostatecznéj ilościowo na zaszczepienie jednéj osoby (3—8 nacięć), znajduje się 300—500 tysięcy właściwych jéj mikrobów; w takiejże ilości emulsyi, pasty, detrytu znajduje się ich znacznie więcéj. Uczyniony stąd apriori wniosek o większéj sile detrytu sprawdza i sprawdziła praktyka; z uwagi jednak na znany i nieskomplikowany skład limfy i na znaną także prawidłowość reakcyi poszczepiennéj, jaką ona daje u osób delikatniejszego ciałoskładu i, z uwagi na reakcyję, stosunkowo silniejszą, obserwowaną u podobnych osób po szczepieniu odrazu detrytem, dawaliśmy limfie pierwszeństwo w danych razach. Kobiety i młodzież szkolną rewakcynowano wyłącznie limfą, indywidua zaś obu płci stanu rzemieślniczego, robotniczego i proletaryjatu detrytem, a to z uwagi na obserwowaną wyższą odporność ich organizmów wobec infekcyi.

Badania bakteryjologiczne szczepianek odbywały się w laboratoryjum drogą metod przyjętych ogólnie z modyfikacyjami, jakie usprawiedliwia dokładność roboty przy pospiechu. Dwuprocentowy agar-agar i 10 cio procentowa żelatyna stanowiły zasadniczy grunt hodowlany dla materyjału badanego codziennie wśród stadyjów rozwoju na cielęciu aż do chwili zebrania; chwilę tę konstatowano nie podług recept podręcznikowych, lecz podług znanych praktycznie znamion dojrzenia krost ospowych; słowem, początek sprawy rozpoczynającego się mętnienia zawartości płynnéj pęcherzyka, a więc początek postaciowania się właściwéj krosty ospowéj jest właściwszym czasem do zbioru limfy i detrytu; poza nim, w kroście dojrzałéj i przejrzałej rośnie stosunek mnożenia się jednego z dwóch gronkowców żółtych, a zmniejsza rozwój białego. Praktyka okazuje, że szczepianki zapóźno zebrane dają odczyny, wyrażające się objawami, im późniéj po zdjęciu, tem więcéj pozbawionemi cech krosty ospowéj na korzyść cech zwyczajnego czyraka lub ropnia. Ta okoliczność między innemi poważnie przemawia za hypotezą o specyficznem dla ospy znaczeniu koka białego, który różniąc się bakteryjologicznie w szczegółach (rozwój na żelatynie) od gronkowca białego Passetowskiego może być, że okazuje się istotnie swoistym mikroorganizmem krowiankowym (*micrococcus vaccinae)*. Nie uprzedzam nateraz zdania, jakiego wyczekiwać możemy po skończeniu robót odnośnych, obecnie dokonywanych; prowadzą się one w kilku miejscach przez bakteryjologów.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 maja. W poniedziałek rozpoczęły się egzaminy fizykackie pod przewodnictwem p. protomedyka Merunowicza, który w tym celu zjechał ze Lwowa.

* Na ostatniem posiedzeniu swem Wydział lekarski zamianował Dra Stanisława Gawlikowskiego drugim asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj na 2 lata. — Dotychczasowy asystent 1-szy Dr. Krokiewicz ustąpił, a miejsce jego zajął dotychczasowy asystent 2-gi Dr. Hempel.

* Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galicyjskich za rok 1889, które nas doszło niedawno, zawiera ważne daty, świadczące o pomyślnym rozwoju tego stowarzyszenia, które lekarzom galicyjskim tak wielkie oddaje usługi. Z końcem r. 1889 liczyło ono członków 358; biblijotekę założoną przez ś. p. Biesiadeckiego podjął się uporządkować kol. Dr. Klemens Dębicki i dotąd wciągnął już do katalogu połowę książek, t. j. 2200 tomów; biblijoteka ta mieści się obecnie razem z pracownią bakteryjologiczną w osobnym lokalu przez Towarzystwo najętym i zawiera zbiory bardzo cenne. Dochód Tow. wynosił 6010 złr., rozchód 5246 złr., nadwyżkę umieszczono w książeczkach galic. kasy oszczędności. Na pensyje stałe rozdano wdowom i sierotom po lekarzach 1770 złr., na zapomogi zaś jednorazowe 710 złr. Jeżeli zważymy, z jak małych początków powstały majątek i zbiory Towarzystwa, to przyznać musimy, że wzrost jak na nasze stosunki jest pomyślny, że więc Towarzystwo rozwija czynność wszechstronną na korzyść stanu lekarskiego.

* Akuszerka, któraby chciała osiąść w Bugojno w Bośnii, może zaraz zgłosić się z podaniem do urzędu powiatowego w Bugojnie. Płaca wynosi 300 złr. rocznie z prawem wynagrodzenia za usługi koło kobiet. Na podróż może otrzymać w razie potrzeby zaliczkę w kwocie 50 złr. Zgłoszenie się najrychlejsze jest pożądane. Reflektująca na tę posadę akuszerka winna się zgłosić do p. prof. Madurowicza, który ma jéj wydać świadectwo uzdolnienia.

* W budżecie na rok przyszły wydatki na wszystkie uniwersytety zachodniéj połowy monarchii austr. wynoszą 2,927.075 złr. W sumie téj Wydziały lekarskie zajmują następujące pozycyje: wiedeński 895.300 złr., oba Wydziały lek. w Pradze czeskiéj: 766.472 złr., (a więc na każdy wypada średnio 383·236 złr.), w Gracu 305,400 złr., w Krakowie 280·400 złr., w Insbruku 236.900 złr. Wydział lek. w Krakowie zatem zajmuje dopiero 5-te miejsce, a jakkolwiek liczba słuchaczów wcale nie jest mniejsza aniżeli w Gracu, kosztuje o 25.000 złr. mniéj, a o 43.500 złr. tylko więcéj od Wydziału lekarsk. w Insbruku, który ma liczbę uczniów najmniejszą. Nadto na budowę zakładu patologicznego w budżecie nic nie wstawiono — a więc nie ma żadnéj nadziei, aby budowa ta choć w r. 1891 się rozpoczęła. A ponieważ według oświadczenia p. Ministra od poprzedniego zaspokojenia potrzeb Wydziału lek. krakowskiego zależy rozpoczęcie robót dla powstać mającego Wydziału lek. we Lwowie, potrzeb zaś krakowskich nie zaspokaja się, więc obracamy się w kole błędnem, a powstanie Wydziału lek. we Lwowie da jeszcze długo na siebie czekać. Wobec zaś skromnéj sumy łożonéj przez Rząd na Wydział lekarski, jedyny dotąd w największym kraju koronnym, smutne byłyby widoki dla Wydziału krakowskiego, gdyby przed zaspokojeniem potrzeb za nagłe uznanych miano przystąpić do urządzenia drugiego w kraju Wydz. lek.

* Wielce poważany protomedyk bukowiński Dr. Karol Denarowski, rodak nasz, przeniesiony został w dobrze zasłużony stan spoczynku, a zastępstwo objął tymczasowo asystent sanitarny Dr. Tittinger.

* W Cieplicach czeskich do dnia 8-go b. m. było gości 261.

* **Wiedeń**. Stowarzyszenia kobiet wystosowały petycyję do Rady państwa o dopuszczenie kobiet do uczęszczania na wykłady lekarskie i filozoficzne w uniwersytetach austryjackich.

* **Berlin**. Tow. psychijatryczne wybrało przewodniczącym Dra Sandera, zastępcą jego prof. Mendla, a sekretarzem prof. Bernhardta.

* **Londyn**. Znakomity klinicysta sir Wilhelm Jenner porzucił praktykę i stolicę i przeniósł się na dobra swoje, gdzie zajmie się zebraniem i wydaniem pism swoich lekarskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Tajny radzca lek. prof. chirurgii Fischer podał się do dymisyi. — **Halla.** Prof. fizyjologii Bernstein wybrany został rektorem uniwersytetu. — **Lozanna.** Dr. Bourgel z Genewy mianowany został prof. terapii. — **Monachijum.** Prof. Nussbaum wyzdrowiał i objął na nowo czynności kliniczne. — **Tomsk.** Docent uniw. kijowskiego Dr. Rogowicz mianowany został prof. chirurgii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Wincenty Józef Arnold, rodem z Ołomuńca w Morawie, Artur Baraniecki z Krzeszowic, Aleksander Cichański z Wojkowa w Galicyi i Julijan Daniel Jastrzębski z Krakowa.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w L. Adres jest: Burgas, à l'office sanitaire.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 21-go b. m. w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj p siedzenie zwyczajne, na którem: 1) odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Buzdygana; 2) kol. Surzycki przedstawi przypadek cierpienia ogniskowego mózgu i poczyni uwagi dotyczące trudności rozpoznawczéj; 3) kol. Pieniążek będzie miał zapowiedziany odczyt

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.